2.2.Các tổn thương thứ phát( Các loại máu tụ)

-Chia ra làm 3 loại:

+ Máu tụ ngoài màng cứng: khối máu tụ nằm giữa bản trong xương sọ và màng cứng.

+ Máu tụ dưới màng cứng: khối máu tụ giữa màng cứng và vỏ não.

+ Máu tụ trong sọ: là khối máu tụ trong tổ chức não.

* Việc chẩn đoán, xác định kịp thời, nhanh chóng để hạn chế tỷ lệ tử vong và di chứng

-Chẩn đoán:

* Lâm sàng:
  + Hỏi bệnh: xác định cơ chế chấn thương( có thể là trực tiếp hoặc gián tiếp), diễn biến tri giác của bệnh nhân.
  + Khám tri giác: Sau chấn thương có khoảng tỉnh hay không? Đánh giá tri giác theo thang điểm Glassgow giảm dần.
  + Khám dấu hiệu thần kinh khu trú:
    - Giãn đồng tử cùng bên với máu tụ.
    - Liệt ½ người bên đối diện.

=>Từ từ, tăng dần mới có giá trị.

* + - Dấu hiệu thần kinh thực vật: xuất hiện muộn, tiên lượng nặng( nhiệt độ tăng, huyết áp tụt,mạch thay đổi,…)
    - Dấu hiệu vỡ nền sọ..
    - Tổn thương da đầu: cùng hoặc đối diện bên tổn thương não: rách da, bầm tím, tụ máu,..
    - Tổn thương phối hợp: cột sống, ngực, bụng,chi,…
* Cận lâm sàng:
  + Công thức máu: HC, Hb, Hct: giảm tùy lượng máu mất.
  + XQ sọ: có thể có hoặc không có đương vỡ, lún xương.
  + CT scanner:Hình ảnh khối máu tụ 3 vị trí khác nhau.

Có thể phát hiện: gãy xương, lún xương, khối máu tụ da đầu,…

* + - Máu tụ ngoài màng cứng: khối tăng tỷ trọng, hình thấu kính lồi 2 mặt, nằm sát xương, có thể có thể có góc nước não tủy đi kèm, dấu hiệu đè đẩy đường giữa-hệ thống não thất.
    - Máu tụ dưới màng cứng: khối tăng tỷ trọng, hình liềm, nằm sát xương, không có góc nước não tủy kèm dấu hiệu phù não, đè đẩy đường giữa-hệ thống não thất.
    - Máu tụ trong não: khối tăng tỷ trọng trong tổ chức naox, kèm dấu hiệu phù não,đè đẩy
  + Chụp động mạch,não qua động mạch cảnh gốc:
    - Khi không có điều kiện chụp CT scanner
    - Hình ảnh:
      * Máu tụ ngoài màng cứng: là khoang vô mạch, nằm sat xương sọ, hình thái hình thấu kính 2 mặt lồi, đẩy động mạch não giữa, động mạch não trước sang bên đối diện.
      * Máu tụ dưới mang cứng: là khoảng vô mạch, nằm sat xương sọ, hình thái là hình liềm, đẩy động mạch não giữa, động mạch não trước sang bên đối diện.
      * Máu tụ trong não: khoảng vô mạch trong não, đẩy các vòng mạch ra xung quanh.
  + Thái độ xử trí:
    - Hồi sức tích cực.
    - Mổ cấp cứu không trì hoãn: lấy máu tụ + cầm máu trong trường hợp: máu tụ lờn, tri giác xấu đi( Glassgow giảm≥2đ).

CÂU HỎI: Trình bày cách khám, theo dõi 1 bệnh nhân chấn thương sọ não kín.

*Trả lời:*

I.Đại cương:

-Chấn thương sọ não là các tổn thương ở sọ do chấn thương: là cấp cứu ngoại khoa hay gặp, tỷ lệ tử vong cao, nguyên nhân thường so tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.

-Chấn thương sọ :não kín là những chấn thương sọ não không làm rách màng não cứng, không có sự thông thương trực tiếp giữa dịch não tủy, mô não với môi trường ngoài.

-Việc khám, theo dõi bệnh nhân chấn thương sọ não phải theo trình tự khoa học, tránh bỏ xót tổn thương, giúp đánh giá, xử trí thích hợp.

II.Cách khám:

1.Hỏi bệnh: Nếu bệnh nhân tỉnh thì hỏi trực tiếp bệnh nhân,nếu bệnh nhân hôn mê thì hỏi người đi theo, người nhà, người chứng kiến bệnh nhân.

-Tiền sử: Tăng huyết áp, động kinh, bệnh lý tim mạch, nghiện rượu, tiêm chích ma túy…

-Thời gian xảy ra tai nạn

-Tác nhân gây tai nạn( do tai nạn giao thông hay các loại khác).

-Tư thế bệnh nhân lúc tai nạn:

+Đầu cố định:vật cứng đập vào đầu => Tổn thương tại chỗ.

+Đầu di động đập vào vật cứng( tai nạn giao thông, ngã cao) thì tổn thương tại chỗ hoặc bên đối diện hoặc cả 2 bên( nhưng thườn bị bên đối diện).

-Quan trọng nhất là khai thác tri giác bệnh nhân diễn biến từ khi bị tai nạn cho tới lúc khám bệnh để biết có khoảng tỉnh hay không.

+ Sau tai nạn, bệnh nhân tỉnh táo, nhưng quên hết sự việc xảy ra => là chấn động não.

+ Sau tai nạn hoặc trên đương di chuyển, bệnh nhân vẫn tỉnh, lúc đến khám bệnh nhân lơ mơ hoặc hôn mê. Bệnh nhân có khoảng tỉnh

* Dấu hiệu tụ máu trong sọ não.
* Khoảng tỉnh càng dài, tiên lượng càng tốt và ngược lại.

+ Bệnh nhân hôn mê sau tai nạn( Tiên lượng thường nặng)

-Các triệu chứng khác: đau đầu, buồn nôn hoặc nôn, co giật( biểu hiện của tăng áp lực nội sọ…)

2.Khám bệnh:

2.1: Đánh giá toàn trạng theo trình tự A,B,C: Đặc biệt tình trạng hô hấp, tuần hoàn.

- A: Khai thông đường hô hấp: Nếu có tắc nghẽn đờm rãi, máu và kiểm tra cột sống cổ.

- B: Kiểm tra đường hô hấp: Nhịp thở, khó thở, có tràn máu- tràn khí khoang màng phổi.

- C: Kiểm tra mạch, huyết áp:

+ Trong chấn thương sọ não huyết áp không tụt, nếu huyết áp tụt cần phát hiện chảy máu ở nơi khác.

+ Huyết áp tăng, nhịp thở rối loạn, mạch chậm: Tăng áp lực nội sọ => Cần mổ ngay.

2.2: Khám tri giác: Chỉ chính xác khi không có rối loạn tuần hoàn-hô hấp:

- Đánh giá mức độ rối loạn tri giác theo 4 độ kinh điển:

+ Độ 1: Rối loạn tri giác hiểu biết, còn tri giác vận động và bản năng.

+ Độ 2: Rối loạn tri giác hiểu biết, tri giác vận động và bản năng.

+ Độ 3: Co cứng mất não.

+ Độ 4: Chết não, mất hết các phản xạ.

-Theo thang điểm Glassgow: xem xét bệnh nhân: mở mắt ra sao, trả lời bằng lời nói, vận động như thế nào?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mở mắt( E4) | Trả lời( V5) | Vận động( M6) |
| Tự nhiên 4 | Đúng, nhanh 5 | Theo lệnh 6 |
| Gọi mở 3 | Lẫn lộn 4 | Gạt đúng 5 |
| Cấu mở 2 | Không phù hợp 3 | Gạt không đúng 4 |
| Không mở 1 | Kêu rên 2 | Co cứng 2 chi trên 3 |
|  | Không đáp ứng 1 | Duỗi cứng từ chi 2 |
|  |  | Không đáp ứng 1 |

+ Đánh giá: E+V+M: (thấp nhất: 3đ, cao nhất: 15đ)

* G ≤ 13đ: rối loạn tri giác
* G ≤ 8đ: hôn mê
* Điểm Glassgow giảm trên 2 đ là tình trạng tri giác xấu đi.
* G: 13-15đ: chấn thương sọ não

G: 9-12đ: chấn thương sọ não

G: 4-8đ: chấn thương sọ não

G ≤ 4đ: tiên lượng tử vong.

+ Không áp dụng bảng điểm Glassgow để đánh giá ở người say rượu, rối loạn tâm thần, dùng thuốc an thần, trẻ em dưới 5 tuổi.

-Mục đích khám và theo dõi tri giác là phát hiện khoảng tỉnh:

* Bệnh nhân có khoảng tỉnh khi: Sau tai nạn giao thông bệnh nhân tỉnh hoặc bị mất tri giác ban đầu( khoảng 15-20 phút) sau đó tỉnh lại, nhưng sau 1 thời gian theo dõi, bệnh nhân bị mê đi.
* Có khoảng tỉnh là phải nghĩ đến có máu tujtrong sọ, thường là máu tụ ngoài màng cứng.
* Bệnh nhân có khoảng tỉnh là có chỉ định mổ.
* Khoảng tỉnh dài hay ngắn tùy thuộc mức độ chảy máu nhiều hay ít => khoảng tỉnh càng dài, tiên lượng càng tốt và ngược lại.

2.3.Dấu hiệu thần kinh khu trú:

-Liệt ½ người bên đối diện tổn thương

-Giãn đồng tử cùng bên tổn thương.

=> Hai dấu hiệu này phải phát hiện từ từ mới có giá trị( nặng dần).

- Ngoài ra còn có 1 số dấu hiệu thần kinh sọ khác như:liệt dây VII ngoại vi( vỡ xương đá), mất khứu giác(liệt dây I)dấu hiệu vỡ xương sàng,lác và liệt vận nhãn( liệt dây III,IV,VI) dấu hiệu vỡ khe bướm,liệt dây II khi vỡ ống thị giác,…

2.4.Dấu hiệu thần kinh thực vật( để tiên lượng):

-Hô hấp: nhịp thở tăng, tăng tiết dịch đường hô hấp,…

-Tuần hoàn: mạch chậm, huyết áp hơi tăng( trẻ em thì thường thấy mạch nhanh nhỏ).

- Thân nhiệt: có thể tăng tới 39-40º do chèn ép thân não.

2.5. Các dấu hiệu thần kinh khu trú khác.

-Hội chứng tăng áp lực nội sọ: đau đầu, nôn vọt, phù gai thị,..

-Hội chứng hố sau:

* Rung giật nhãn cầu( ở bệnh nhân diễn biến mạn tính hoặc bán cấp,… => Không có giá trị chẩn đoán định khu.
* Thường diễn biến cấp tính: biểu hiện rồi loạn thần kinh thực vật, tri giác giảm nhanh.

-Động kinh: có trường hợp động kinh cục bộ xuất hiện trong máu tụ dưới bán cầu, nhất là có dập não kèm theo.

2.6.Dấu hiệu vỡ nền sọ thường có 3 triệu chứng: chia làm 3 laoij vỡ nền sọ:

- Tụ máu quanh mắt, sau tai.

- Chảy dịch não tủy qua tai,mũi.

- Tổn thương các thần kinh sọ( I,II,VII,VIII,..)

2.7.Thương tích da đầu: Vết rách da, tụ máu da đầu => Tìm điểm va đập.

2.8.Khám các tổn thương phối hợp:  
- Khám cột sống, đặc biệt cột sống cổ dễ bị bỏ sót: như vỡ mỏm nha, trật vỡ C1, C2,…

- Khám ngực, bụng, tứ chi,…

3.Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng:

3.1.XQ quy ước:

-Loại phim:

+ Thẳng( trán, chẩm)

+ Nghiêng( phải, trái)

+Worms-Bretton: phát hiện vỡ xương chẩm ở vị trí mái chẩm, lỗ chẩm.

+ Khi có lún xườn có thể cho bệnh nhân chụp thêm phim tiếp tuyến.

-Mục đích:

+ Phát hiện đường vỡ xương và hướng đi các đường vỡ, đặc biệt xương thái dương vỡ gây rách động mạch màng não giữa => Dễ gây tụ máu ngoài màng cứng.

+ Mảnh xương kín.

3.2 CT scanner. Giúp chẩn đoán chính xác tổn thương, vị trí và đặc biệt là tổn thương não phối hợp, ngay cả khi chưa có dấu hiệu lâm sàng điển hình:

- Chỉ định và trường hợp không có chỉ định chụp:

|  |  |
| --- | --- |
| Chỉ định | Trường hợp không có chỉ định |
| + Bệnh nhân có rối loạn tri giác và đặc biệt là G ≤ 9đ sau cấp cứu, G giảm trên 2đ, có khoảng tỉnh sau chấn thương.  + Bệnh nhân có rối loạn vận động hay thần kinh khác hoặc động kinh( dấu hiệu thần kinh khu trú phối hợp)  + Tổn thương xương sọ( Dấu hiệu vỡ nền sọ trên lâm sàng hoặc XQ có đường vỡ xương).  + Ngộ độc rượu hoặc có tổn thương phối hợp cần mổ( ngực, bụng,chi).  + Người già, trẻ em có chỉ định rộng hơn.  + Khi có điều kiện lí tưởng: Mọi bệnh nhân chấn thương sọ não đều chụp, theo dõi, nếu cần thiết chụp lại. | + Bệnh nhân hôn mê sâu( G 3đ)  + Rối loạn chức nặng, mất hết các phản xạ. |

-Hình ảnh:

+ Máu tụ ngoài màng cứng:

* Khối tăng tỷ trọng thuần nhất hình thấu kính lồi 2 mặt, nằm sát xương sọ.
* Có thể có góc nước não tủy.
* Có thể thấy đường giữa, đè đẩy hệ thống não thất.

+ Máu tụ dưới màng não:

* Khối tăng tỷ trọng hình liềm, nằm sát xương sọ.
* Không có góc nước não tủy.
* Dấu hiệu đè đẩy đưỡng giữa, hệ thống não thất.
* Có thể có tổn thương phối hợp: dập não, phù não,…

+ Máu tụ trong não:

* Khối tăng tỷ trọng nằm trong nhu môi não.
* Dấu hiệu đè đẩy, phù não.

+ Trên CT scanner còn biết:

* Tổ chức dập não, dập não, chảy máu rải rác trong não.
* Tổn thương xương sọ: đường lún, vỡ xương,…
* Tổn thương máu tụ dưới da đầu.

3.3. Các phương pháp khác:

-Đo áp lực trong sọ.

+ Có thể đo ngoài màng cứng, dưới màng cứng,trong não, nhưng chính xác nhất là đo áp lực trong não thất.

+ Giúp theo dõi diễn biến áp lực nội sọ => Chỉ định điều trị.

-Chụp động mạch não qua động mạch cảnh gốc: Hiện ít làm, chỉ làm nơi không có điều kiện chụp CT.

-Siêu âm:

+ Qua thóp đối với trẻ nhỏ.

+ Qua lỗ mổ sọ ở người lớn.

-Chụp MRI: giá trị chẩn đoán cao, nhưng ít áp dụng trong cấp cứu.

-Thăm dò các bộ phận khác kết hợp: XQ cột sống cổ, XQ ngực, XQ chi, siêu âm ổ bụng, CT ổ bụng,… nếu cần.

III.Theo dõi bệnh nhân:

1.Mục đích:

-Theo dõi sự tiến triển của bệnh, phát hiện tổn thương sớm, biến chứng.

2.Theo dõi tại viện:

-Lâm sàng:

+ Đánh giá tri giác theo bảng điểm Glassgow 9h/1 lần => Phát hiện sớm trường hợp tri giác yếu đi.

+ Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở,…

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú: giãn đồng tử? liệt nửa người? sụp mí,…

-Cận lâm sàng:

+ Khi cần thiết có thể chụp CT scanner kiểm tra.

+ Có điều kiện: Theo dõi áp lực nội sọ qua đo áp lực nội sọ

-Kết hợp điều trị nội khoa: chống phù não, giảm đau, an thần,..( trong cấc trương hợp chỉ định điều trị nội khoa, theo dõi,…)

3.Theo dõi tại nhà:

- Nghỉ ngơi yên tĩnh, tránh kích thích, không dùng rượu,thuốc,…mà chưa hỏi ý kiến bác sĩ.

- Đến viện ngay nếu:

+ Rối loạn tri giác: lơ mơ,…

+ Nôn, đau đầu kéo dài, dữ dội => Biểu hiện của tăng áp lực nội sọ.

+ Rối loạn thăng bằng, thị giác, lời nói, hành vi,…

* TÓM LẠI: Một bệnh nhân chấn thương sọ não kín việc khám lâm sàng- theo dõi bệnh nhân rất quan trọng. Đặc biệt là tri giác, phải khám đi khám lại nhiều lần, để so sánh, kết hợp với các biện pháp cận lâm sàng => để chẩn đoán kịp thời và đề ra xử trí thích hợp.

CÂU HỎI: Trình bày xử trí ban đầu và nguyên tắc điều trị ngoại khoa một chấn thương sọ não kín

*Bài làm:*

I.Đại cương:

- Chấn thương sọ não là các tổn thương ở hộp sọ do chấn thương, là cấp cứu ngoại khoa thường gặp, tỷ lệ tử vong cao.

- Chấn thương sọ não kín là một chấn thương sọ não mà không làm rách mãng não cứng, nghĩa là khoang dưới nhện không thông với môi trường bên ngoài.

II.Thái độ xử trí ban đầu:

1.Địa điểm: Thường là tuyến cơ sở.

2.Mục đích chính: điều trị thiếu máu não:

- Bằng mọi giá phải tránh tình trạng thiếu oxy, hạ huyết áp trong những giờ đầu => Hạn chế các tổn thương thứ phát trong não, giảm nguy cơ tử vong.

3.Các biện pháp:  
3.1.Nếu bệnh nhân tỉnh: Theo dõi lâm sàng, cận lâm sang để chẩn đoán.

3.2.Nếu bệnh nhân hôn mê hoặc giảm dần tri giác:

- Hô hấp: Tăng thông khí và hô hấp hỗ trợ:

+ Đầu cao 30º

+ Hút đờm rãi, thở oxy, tránh tụt lưỡi,..

+ G ≤ 8đ cần đặt nội khí quản hoặc mở khí quản, tốt nhất là hô hấp hỗ trợ bằng thở máy.

-Tuần hoàn:

+ Cầm máu tổn thương da đầu, nơi khác.

+ Duy trì huyết động theo PCV, đảm bảo huyết áp tối đa: 110-140 mmHg bằng truyền máu hoặc truyền dịch.

-Tiết niệu:

+ Đặt sonde tiểu: Theo dõi số lượng nước tiểu.

+ Mannitol 20% liều 1g/1kg/24h chia nhỏ liều trong ngày, chỉ dùng khi huyết động ổn định,có tăng áp lực nội sọ do phù não.

-An thần: để làm giảm tiêu thụ oxy não, chống phù não, làm giảm áp lực nội sọ, lưu ý làm ảnh hưởng lên hô hấp của bệnh nhân.

-Giảm đau, hạ sốt,kháng sinh( nếu có tổn thương nguy cơ nhiễm khuẩn,…)

-Tiêu hóa: Đặt sonde dạ dày: hút dịch, hơi ứ đọng => Chống trào ngược vào đường hô hấp, giảm chèm ép cơ hoành.

-Cố định cột sống cổ,, chi gãy( nếu nghi tổn thương).

-Dẫn lưu não thất: khi có giãn não thất cấp tình và có tăng áp lực nội sọ, qua đo và theo dõi áp lực trong sọ( Thường khó thực hiện được ở tuyến cơ sở) hoặc khoan sọ để giảm áp lực

-Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp,…

-Chuyển tuyến trên có khả năng điều trị.

+ Tùy tình trạng tri giác, tình trạng bệnh nhân, thời gian chuyển,… cần đảm bảo thông khí, huyết động ổn định cho bệnh nhân.

+ Nếu không thì gọi hỗ trợ kíp mổ lưu động về.

III.Nguyên tắc điều trị ngoại khoa một chấn thương sọ não kín.

1.Chỉ định điều trị:

a.Máu tụ trong sọ

- Máu tụ ngoài màng cứng,dưới màng cứng, máu tụ trong não cấp tính: khi chèn ép + tri giác xấu đi.

-Nguyên tắc: mổ cấp cứu:

+ Nhanh chóng lấy máu tụ, giải quyết chèn ép.

+ Cầm máu nguồn chảy.

+ Tránh máu tụ tái phát bằng khâu treo màng cứng vào cân Galea.

b.Tổn thương xương sọ:

- Tổn thương vòm sọ: lún sọ ≥ ½ chiều dày bản sọ, hoặc ≥ 2/3 chiều dày bản xương ở người lớn tuổi.

- Tổn thương nền sọ:

+ Rò dịch não tủy kéo dài ≥ 1 tuần, liên tục,… => Nguy cơ nhiễm khuẩn dịch não tủy, viêm màng não, áp xe não.

+ Vỡ nền sọ chảy máu nhiều ảnh hưởng đến toàn trạng => Mổ thắt động mạch cảnh ngoài.

2.Nguyên tắc điều trị phẫu thuật trong chấn thương sọ não kín:

2.1.Tổn thương da đầu: Khâu cầm máu.

2.2.Máu tụ trong sọ:

a.Mổ lấy máu tụ:

-Gây mê nội khí quản, cạo đầu.

-Rạch da đầu tùy vị trí máu tụ ( đã được xác định trên CT scanner)

-Mở hộp sọ( nếu có CT scanner) hoặc khoan thăm dò( chỉ có lâm sàng, XQ quy ước)

-Lấy hết máu cục:

+ Máu tụ ngoài màng cứng: máu cục đen ngay chỗ khoan, mở sọ.

+ Máu tụ dưới màng cứng: mở màng cứng lấy máu tụ.

+ Máu tụ trong não: mở màng cứng, dùng Trocart chọc thăm dò máu tụ, vén tổ chức não vào lấy máu tụ.

-Cầm máu nguồn chảy:

+ Tổn thương mạch máu: cầm máu bằng dao điện, khâu, chipe bạc.

+ Chảy máu từ xương: dùng sáp ong miết chặt vào chỗ xương chảy máu

+ Rách xoang tĩnh mạch: lấy cơ thái dương đập nát bịt vào.

-Với màng cứng xương sọ:

+ Máu tụ ngoài máng cứng: khâu treo màng cứng vào cân Galea, kiểm tra dịch não tủy, đặt lại xương sọ

+ Máu tụ dưới màng cứng hoặc trong não: nếu có nguy cơ phù não thường không đóng kín, mà chỉ khâu treo màng cứng hoặc tạo hình nếu có điều kiện, để hở cả chỗ khuyết sọ,xương sọ gửi bảo quản ở ngân hàng mô hoặc cấy ở dưới da bụng( hố chậu trái) 2-3 tháng sau, bệnh nhân ổn định thì hẹn bệnh nhân đến để đặt lại.

-Dẫn lưu:

+ Máu tụ ngoài màng cứng thì dẫn lưu ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng thì dẫn lưu dưới màng cứng, máu tụ trong não thì đặt dẫn lưu trong não thất,

+ Rút dẫn lưu sau 24-48h: Sau khi hết ra dịch vào máu.

-Khâu kín da đầu 2 lớp: lớp cân Galea, lớp da.

b.Chú ý: Một số trường hợp đặc biệt:

-Mổ dẫn lưu não thất: chỉ định trong giãn não thất cấp tính( chảy máu não thất).

-Khoan giải tỏa:

+ Chỉ định: trường hợp có chỉ định mổ, nhưng điều kiện không cho phép mổ, cần chuyển tuyến, máu tụ lớn, tăng áp lực nội sọ cao( bệnh nhân có khoảng tỉnh, tri giác giảm dần, hôn mê sâu)

+ Khoan giải tỏa 1 lỗ tại nơi có máu tụ.

-Trường hợp máu tụ dưới màng cứng hoặc trong não mạn tính: cần khoan 1 lỗ xương sọ bên máu tụ, bơm rửa, dẫn lưu máu tụ.

2.3.Tổn thương xương sọ:

a.Lún sọ:

- Chỉ định mổ: lún ≥ ½ chiều dày xương, hoặc ≥ 2/3 chiều dày bản xương với người già.

-Phẫu thuật:

+ Rạch da ngay trên xương lún, bộc lộ diện xương lún.

+ Khoan 1 lỗ xương sọ lành sát bờ xương lún => Dùng kìm bấm rộng lỗ khoan, đủ nhấc bỏ mảnh xương lún. Riêng trẻ em cân nhấc không lấy xương lún mà qua lỗ khoan dùng một dụng cụ nhỏ đầu tù có chiều cong ở đầu, luồn nhẹ vào khe giữa màng cứng và đáy chỗ xương lún rồi bậy từ từ xương lõm về vị trí cũ.

+ Kiểm tra tổn thương phối hợp=> Để xử trí: màng cứng? máu tụ? rách xoang.

+ Khâu treo màng cứng, khâu kín da đầu.

b.Vỡ nền sọ: Chỉ định phẫu thuật khi:

- Chảy máu nhiều gấy rối loạn huyết động => Mổ thắt động mạch cảnh ngoài 2 bên.

- Dò dịch não tủy kéo dài liên tục > 1 tuần => Mổ vá màng não cứng( Tránh nhiễm khuẩn).

3.Sau mổ:

- Theo dõi tri giác, dấu hiệu thần kinh thực vật, dấu hiệu thần kinh khu trú, dẫn lưu vết mổ

- Điều trị chống phù não( nếu có): đầu cao 30º, hạn chế kích thích, hô hấp thông khí tốt, thuốc( manitol,…), điều trị tốt các rối loạn thăng bằng kiềm toan,…

- Kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn.

- Nuôi dưỡng, chăm sóc, phòng biến chứng nằm lâu.

- Phục hồi chức năng: ngôn ngữ, vận động, chức năng khác,…

VỠ XƯƠNG SỌ

I.Đại cương:

- Vỡ xương sọ là 1 tổn thương hay gặp trong chấn thương sọ não.

- Xương sọ gồm 3 lớp:

+ Bám ngoài: được màng xương và da đầu bao bọc.

+ Lớp màng xốp ( ở giữa):

* Chứa nhiều máu.
* Lớp này phát triển theo tuổi => Vì vậy vỡ xương sọ ở người lớn chảy máu ở xương nhiều hơn trẻ em.

+ Bản trong: được lót bởi màng cứng:

* Người trẻ màng cứng dễ bóc tách, người già màng cứng dính chặt vào xương sọ => Người trẻ hay bị máu tụ ngoài màng cứng hơn người già.
* Động mạch màng não giữa: còn thành rãnh trong xương vùng thái dương => Tổn thương vùng này dễ làm tổn thương mạch màng cứng => Gây tụ máu ngoài màng cứng.

-Hộp sọ được chia làm 2 phần: vòm sọ và nên sọ

+ Vỡ vòm sọ => Chẩn đoán chủ yếu dựa XQ.

+ Vỡ nền sọ:

* Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.
* Phía trước nền sọ tiếp giáp với hàm mặt => Khi vỡ nền sọ trước hay phối hợp với chấn thương hàm mặt: Gãy Lefort( gãy xương hàm trên), gãy xương hàm dưới, vỡ xương gò má.

-Điều trị:

+ Vỡ xương sọ đơn thuần:

* Ít gặp
* Điều trị không cần phải can thiệp gì: sẽ tự liền sau 6 tháng với trẻ em, ở người lớn thì lâu hơn.

+ Vỡ xương sọ + biến chứng, tổn thương phức tạp phối hợp:

* Rất hay gặp.
* Điều trị tùy các tổn thương cụ thể trên lâm sàng.

CÂU HỎI: Chẩn đoán, điều trị trong chấn thương sọ não?

Bài làm:

I.Chẩn đoán: Vỡ xương sọ và các biến chứng:

1.Lâm sàng:

a.Vỡ xương sọ:

|  |  |
| --- | --- |
| Vỡ vòm sọ | Vỡ nền sọ |
| -Vỡ vòm sọ kín:  + Biểu hiện lâm sàng: máu tụ dưới da đầu, cụ thể là máu tụ dưới màng xương.  + Khối máu tụ khu trú ở 1 xương hay 2 xương: do đường vỡ xương đi qua khe khớp khác, vì máu tụ dưới cân Galea thương lan rộng.  + Trẻ em khi đường vỡ rộng > 4mm, có nguy cơ vỡ sọ tiến triển cần phải theo dõi lâu dài, biểu hiện lâm sàng: 1 khối máu tụ da đầu to dần lên,chắc và đập theo nhịp.  + Người lớn: chú ý đường vỡ vùng thái dương dễ gây ra máu tụ ngoài màng cứng do tổn thương động mạch màng não giữa.  -Vỡ hở xương sọ:  + Là vỡ xương sọ kèm theo vết thương, phải chú ý xem có nước não tủy chảy ra không.  + Nếu nước não tủy chảy ra nghĩa là vết thương sọ não hở.  -Vỡ xương sọ qua xoang tĩnh mạch  + Dễ gây máu tụ ngoài màng cứng 2 bên.  + Nếu tổn thương xoang bên => Máu tụ ngoài màng cứng trên và dưới lều tiểu não.  -Vỡ xương sọ qua xoang hơi trán:  + Biểu hiện lâm sàng: máu tụ da đầu vùng trán và chảy máu mũi, nếu vỡ thành sau => Rò nước não tủy qua mũi.  + Nguy cơ nhiễm trùng cao.  -Lún sọ:  + Ở trẻ em do da đầu mỏng => Dễ nhìn thấy, hay gặp lún sọ kiểu “Quả bóng bàn”.  +Người lốn: do khối máu tụ dưới da đầu => Không sờ được mảnh lún, chỉ xác định bằng chụp XQ.  + Cần đánh giá mảnh xương lún có chèn ép não không   * Người trẻ: lún ≥ ½ chiều dày của bản xương là có chèn ép. * Người già: do teo não nên lún nhiều hơn mới cần can thiệp( ≥ 2/3) | -Vỡ tầng trước:  + Rất hay gặp.  + Biểu hiện lâm sàng:   * Máu tụ 2 hố mắt kiểu đeo kính râm, nếu máu tụ nhiều=>đẩy lồi mắt. * Chảy máu qua lỗ mũi, nhiều khi kèm dịch não. * Trường hợp nặng: có thể thấy tổ chức não qua mũi.   + Chấn thương tầng này hay kèm tổn thương hàm mặt: đặc biệt là gặp xương hàm trên kiểu Lefort => nặng nhất là Lefort IV (tách rời tầng sọ mặt).  -Vỡ tầng giữa:  + Biểu hiện lâm sàng:   * Chảy máu qua tai, có khi cả dịch não tủy qua lỗ tai. * Dấu hiệu Battle tụ máu răng xương chũm,xuất hiện muộn hơn.   + Ngoài ra: dễ tổn thương:   * Thần kinh VIII: làm điếc tai. * Thần kinh VII: liệt mặt ngoại biên,có thể dây VII bị phù nề sau chấn thương: biểu hiện lâm sàng xuất hiện muộn hơn vài ngày sau chấn thương.   + - Nếu đường vỡ xương đi qua mê đạo 40-50% tổn thương sây VII     - Nếu đường vỡ phía ngoài mê đạo 10-20% tổn thương dây VIII.   -Vỡ nền sọ tầng sau:  + Gặp sau chấn thương vùng cổ chân.  + Biểu hiện lâm sàng máu tụ vùng gáy.  + Vỡ xương vùng này có thể gây:   * Tổn thương tiểu não * Tổn thương động mạch đốt sống   -Vỡ rãnh trượt:   * Hiếm gặp * Rất nặng, thường kèm theo tổn thương thân não. |

b.Các biến chứng và tổn thương phối hợp:

-Máu tụ dưới da đầu:

+ Khi có vỡ xuống xương sọ máu chảy

* Ra ngoài tạo thành máu tụ dưới da đầu
* Vào trong hộp sọ thành máu tụ ngoài màng cứng

+ Vì vậy: không nên chục hút khối máu tụ dưới da đầu trước 72h vì chọc hút và băng ép máu có thể chảy vào trong tạo thành máu tụ ngoài màng cứng chèn ép não

-Máu tụ ngoài màng cứng:

+ Là biến chứng rất hay gặp của vỡ xương sọ, gặp chủ yếu ở người trẻ, người già ít gặp hơn do màng não dính chặt vào xương sọ.

+ Nguồn gốc máu chảy

* Từ lớp xương xốp
* Tổn thương mạch máu não, đặc biệt động mạch màng não giữa.
* Rách xoang tĩnh mạch.

+ Lâm sàng:

* Có khoảng tỉnh điển hình
* Liệt ½ người bên đối diện máu tụ.
* Giãn đồng tử cùng bên khối máu tụ nếu đến muộn.

-Tổn thương não:

+ Hay gặp dập não ở nền sọ, vùng tiếp xúc nhiều với xương sọ như “thùy trán, thùy thái dương” => Nhiều khi do các mảnh xương vỡ cắm vào gây dập não, chảy máu.

+ Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc tính chất và mức độ tổn thương của não.

+ Bệnh nhân ở trong trạng thái kích động, vật vã và hôn mê.

-Tổn thương các dây thần kinh sọ não:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tổn thương dây I | Tổn thương dây II | Tổn thương dây III,VI | Tổn thương dây VII,VIII |
| -Rất hay bị tổn thương, nhất là  -Biểu hiện lâm sàng:  +Ngửi kém hoặc mất ngửi, chủ yếu 1 bên.  +Thường phát hiện muộn do bệnh nhân kém tỉnh táo hoặc chảy máu mũi nên không thăm khám được | -Là tổn thương hay gặp trong vỡ nền sọ tầng trước.  -Biểu hiện lâm sàng: mù, giãn đồng tử, mất phản xạ ánh sáng.  -Cơ chế:  +Vỡ ống thị giác chèn ép dây II.  +Máu tụ sau nhãn cầu chèn ép phối hợp vỡ thành bên và trên của hố mắt.  +Máu tụ chèn éo tĩnh mạch làm tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc gây thiếu. | -Do vỡ xương vùng khe bướm | -Do vỡ xương đá.  -Biểu hiện lâm sàng:  +Giảm thính lực, nhiều khi điếc hoàn toàn(tổn thương dây VIII)  +Liệt mặt ngoại biên(tổn thương dây VII) |

-Tổn thương mạch máu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tổn thương động mạch cảnh ngoài | Tổn thương động mạch cảnh trong | Tổn thương đai đốt sống |
| -Do vỡ xương ở lỗ tròn bé.  -Biểu hiện lâm sàng:  +Chảy máu dữ dội=> Hình thành máu tụ ngoài màng cứng hố thái dương.  +Tiến triển rất nhanh, khoảng tỉnh ngawscn chỉ tính bằng phút.  +Bệnh nhân tử vong nhanh chóng nếu không cấp cứu kịp thời | -Do xé rách màng cứng ở đoạn động mạch này đi qua. Biểu hiện lâm sàng:  +Chảy máu ồ ạt động mạch cảnh, thiếu máu gần nửa bán cầu.  +Bệnh nhân nhanh chóng đi vào hôn mê và tử vong.  -Do tổn thương đoạn trong hang => Làm rò động mạch cảnh-xoang hang. Biểu hiện lâm sàng:  +Bệnh nhân ù tai liên tục và nghe thấy tiếng thổi khi ép vào động mạch cảnh, vùng cổ bệnh nhân hết ù tai và hết tiếng thổi.  +Lồi mắt 1 bên và các mạch máu, nhất là tĩnh mạch mắt cương tụ.  -Cần chụp động mạch cảnh trong để chẩn đoán xác định | -Do vỡ tầng sau.  -Biểu hiện lâm sàng: chóng mặt, ngất khi quay cổ. |

-Tổn thương màng cứng: sẽ gây rò nước não tủy vào dưới da đầu, qua mũi, qua họng và lỗ tai => Nếu không điều trị kịp thời: gây vueem màng não:

+Khi vỡ vòm sọ và tổn thương màng cứng:

Hậu quả: gây rò nước não tủy dưới da đầu => Khám thấy 1 khối căng dưới da đầu, dễ nhầm với khối máu tụ. Chọc hút ra dịch trong.

Ở trẻ em dễ gây vớ xương sọ tiến triển( đường vỡ > 4mm): do dịch não tủy và tổ chức não chui vào đường vỡ, đẩy dần 2 mép xương vỡ tách nhau ra ngày càng rộng => Làm não thoát ra ngoài, nằm dưới da đầu.

+Vỡ nền sọ và tổn thương màng cứng:

* Vỡ nền sọ trước:
  + - Ở vùng xoang trán nếu có tổn thương thật sau xoang và màng cứng => Sẽ gây vỡ nước não tủy qua mũi và khí sẽ đi theo chiều ngược vào khoang dưới màng cứng.
    - Rò qua xoang sàng ít gặp hơn: biểu hiện rò nước não tủy vào họng.
* Vỡ nền sọ tầng giữa: gây rò nước não tủy qua lỗ tai, việc điều trị khó khăn hơn nhiều.

2.Cận lâm sàng:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| XQ sọ quy ước | Chụp cắt lớp vi tính | Chụp động mạch não | Xét nghiệm dịch não tủy |
| -Dễ dàng thấy tổn thương vỡ xương sọ: nhưng:  +Cần phân biệt với các đường mạch não ăn lõm vào xương, vào khe khớp.  +Khi có lún sọ cần chụp tiếp tuyến.  +Vỡ nền sọ khó xác định trên XQ, thường do khối xương mặt che lấp.  -Ngoài ra: chụp XQ thấy hình ảnh khí trong sọ, trong động mạch cảnh hoặc trong não thất khi rò thông với não thất | -Xác định được tổn thương của xương sọ:   * Khi nghi ngờ thần kinh dây II => Chụp cắt lớp dày 2mm, vùng đỉnh hốc mắt dễ tổn thương ống thị giác * Nhiều khi có biểu hiện vỡ xương đá => Chụp cắt lớp vi tính xương đá.   -Xác định được các biến chứng:  +Máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng.  +Giập não, phù não, thiếu máu.  +Khí trong sọ. | -Chỉ định khi nghi ngờ tổn thương mạch máu như: động mạch sống, rò động mạch cảnh trong-xoang hang  -Hình ảnh chụp động mạch não trong rò động mạch cảnh-xoang hang:  +Thấy được lỗ rò  +Giãn tĩnh mạch mắt  +Thuốc lên động mạch não trước và giữa nghèo nàn | -Chọc rò tủy sống:làm xét nghiệm sinh hóa tế bào và làm kháng sinh đồ khi rò nước tủy  -Lưu ý: Tình trạng tăng áp lực nội sọ thì thận trọng |

II.Điều trị: tất cả các trường hợp vỡ xương sọ cần phải theo dõi sát những biến chứng của nó, đặc biệt là máu tụ ngoài màng cứng.

1.Vỡ vòm sọ:

-Vỡ xương sọ đơn thuần: cho thuốc giảm đau và theo dõi sát tri giác và các dấu hiệu thần kinh khu trú để phát hiện sớm máu tụ ngoài màng cứng.

-Vỡ xương sọ có vết thương cắt lọc kiểm tra, lấy bỏ các mảnh xương vỡ.

-Lún sọ ở người trẻ:

+ Khi lún ≥ ½ chiều dày bản xương => Mổ nhấc mảnh lún tránh chèn ép napx, dây động kinh về sau.

+ Nếu lún sọ vào xoang tĩnh mạch: chỉ can thiệp khi có dấu hiệu chèn ép xoang tĩnh mạch.

-Vỡ xoang tĩnh mạch trán:

+ Cần mổ làm sạch xoang hơi, lấy bỏ phần nguyên mạc xoang bị dập nát.

+ Cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

-Vỡ xương sọ tiền triển: mổ sớm vá màng cứng + tạo hình hộp sọ bằng xương sườn, xương chân.

2.Vỡ nền sọ( Điều trị các biến chứng của vỡ nền sọ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Điều trị rò nước não tủy | Điều trị thương tổn thần kinh | Điều trị thương tổn mạch máu |
| -Thái độ xử trí khác nhau: tùy thuộc tính chất, mức độ và tổn thương xương sọ.  -Cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn: liều cao,toàn thân, thường phối hợp Lephalosporive thế hệ 3 với Metronidazole.  -Nếu rò qua mũi, hình ảnh cắt lớp vi tính thấy vỡ thành sau xoang trán có mảnh vỡ lún vào trong xương sọ: Xử trí:  + Mổ sớm, mở cửa sổ xương trán 2 bên, vá lỗ rò bằng câ,màng xương và tốt nhất là sử dụng với cồn sinh học.  + Bịt luôn lỗ thông từ xoang trán xuống mũi bằng cơ hoặc sáp ong tẩm Betadin.  -Nếu rò qua xương bướm, qua lỗ tai, xoang trán mà không vỡ lún thành sau:  +Điều trị nội khoa trong 3 tuần:  ~ Kháng sinh  ~ Lợi tiểu( Lasix, furosemid, diamox 250mg x4v/ngày) => Để giảm tiết dịch não tủy.  ~ Nằm đầu cao.  +Nếu tiếp tục rò:  ~ Chọc dò tủy sống hàng ngày trút từ 30-40ml nước não tủy.  ~ Tốt nhất là dẫn lưu nước tủy vùng thắt lưng bằng Catheter, hạ thaaso dần hệ thống dẫn lưu, cho đến khi hết rò và khi hết rò khoảng 5 ngày mới nên rút dẫn lưu.  ~ Chú ý: hệ thống dẫn lưu phải tuyệt đối vô khuẩn, vì rất dễ viêm màng não  +Nếu không có kết quả hoặc rò tái phát cần phải can thiệp bằng phẫu thuật.  ~ Đối với rò qua mũi, họng: mở nắp sọ trán 2 bên, tìm lỗ rò, vá và tăng áp bằng cồn sinh học.  ~ Đối với rò qua tai cần:  \*Bịt hòm nhĩ bằng mỡ bụng.  \*Bịt lỗ vòi nhĩ bằng cân cơ thái dương | -Tổn thương dây I: nên điều trị nội khoa vì:  +Hay gặp ở đoạn tiếp giáp vỡi não nên phẫu thuật ít mang lại kết quả.  +Thường tổn thương 1 bên mũi.  -Tổn thương dây II:  +Phẫu thuật lấy máu tụ hố mắt khi có lồi nhiều.  +Vỡ ống thị giác có mảnh xương chèn ép => Phẫu thuật ngay, mở rộng lỗ thị giác giải phóng dây II.  -Tổn thương dây III,VI ở khe bướm => Không có chỉ định phẫu thuật.  -Tổn thương dây VII:  +Xuất hiện liệt mặt ngoại vi: muộn sau chấn thương thường là do phù nề => Điều trị thuốc chống phù nề, thường hồi phục sau 3 tháng.  +Xuất hiện liệt mặt ngoại vi ngay từ đầu: phẫu thuật, nên mổ qua đường mê nhĩ, để nối lại dây thần kinh bằng vi phẫu thuật. | -Tổn thương động mạch cảnh ngoài gây tụ máu ngoài màng cứng:  +Mổ lấy máu tụ.  +Cầm máu:  ~ Bằng dao điện  ~ Hoặc bít lỗ tròn bé bằng cơ hoặc Spongel.  -Rò động mạch cảnh-xoang hang:  +Trước đây dùng thủ thuật Brooks:  ~ Kỹ thuật: thả miếng cơ từ động mạch cảnh gốc hoặc cảnh trong để bít lỗ rò  ~ Ưu điểm là phương pháp đơn giản.  ~ Nhược điểm:  Tỷ lệ thành công không cao  Nhiều biến chứng như tắc động mạch cảnh trong, động mạch não giữa gây thiếu máu não => Nguy cơ tử vong rất cao.  + Hiện nay: dùng điện quang can thiệp: Dùng bóng để bịt lỗ rò mang lại kết quả rất tốt |

* Nhấc xương lún:
* Những mảnh xương lún vào trong sọ đơn thuần không gây tử vong, nhưng mảnh xương lún thường vào màng cứng có thể gây chèn ép não, dập não ngay dưới màng cứng, lâu dần tạo dính thành sẹo vỏ não => Là những nguyên nhân gây những cơn động kinh sau này, nên cần lấy bỏ mảnh xương lún ra sớm.
* Chỉ định: nhấc xương lún: độ lún của mảng xương:

+ 2/3 chiều dày của xương sọ, ở người già.

+ 1/2 chiều dày mảnh xương ở người trẻ.

* Kỹ thuật:

+ Cạo nhẵn tóc

+ Gây mê toàn thân.

+ Kỹ thu

* Rạch da ngay trên mảnh xương lún.
* Dùng 1 kẹp banh rộng vết rạch da, để lộ toàn bộ diện xương lún.
* Khoan 1 lỗ xương ở phần sọ lành, sát bờ xương lún, đồng thời dùng kimfm bấm rộng lỗ khoan vừa đủ để nhấc bỏ mảng xương lún ra nhẹ nhàng.
* Sau đó: kiểm tra màng cứng có thủy, có máu tụ không? Lưu ý những mảnh xương lún sát xoang tĩnh mạch não dễ làm rách xoang gây máu tụ.
* Sau khi xử lý xong các tổn thương, khâu treo màng cứng với cân Galea và khâu kín da đầu 2 lớp( lớp cân Galea và lớp da đầu).
* Lưu ý ở trẻ nhỏ:
* Xương sọ còn mỏng, mềm, nên nếu bị chấn thương lún xương theo hình lõm của quả cầu, và đường vỡ xương kiểu gãy cành tươi.
* Không phải lấy bỏ phần xương lún đi, mà chỉ cần tạo 1 vết rạch da nhỏ trên bờ xương lún, đủ để khoan 1 lỗ nhỏ thủy xương => Qua lỗ khoan dùng 1 dụng cụ đầu tù có chiều cong ở đầu, luồn nhẹ vào khe giữa màng cứng và đáy chỗ xương lún, rồi bẩy từ từ phần xương lòm về vị trí cũ là được.

VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

I.Đại cương:

-Vết thương sọ não là vết thương mất tính liên tục của màng não cứng, dần dẫn đến sự thông thương giữa môi trường bên ngoài với khoang dưới nhện, qua các thương tích của màng não, xương sọ, da đầu

-Nguyên nhân chính do:

+ Các vật sắc nhọn va chạm mạnh hoặc do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động,...

+ Ngoài ra, còn các vết thương do bạch kim, hỏa khí, mảnh ban mìn,...

+ Ở Việt Nam còn có thể do súc vật húc.

-Vỡ nền sọ làm dịch não tủy chảy ra tai, mũi cũng có thể coi là 1 vết thương sọ não, tuy da đầu không bị tổn thương, đọc trên phim XQ chỉ thấy 1 đường vỡ xương đơn giản.

-Vết thương sọ não có nguy cơ nhiễm khuẩn do vi khuẩn xâm nhập vào dịch não tủy và nhu mô não gây viêm màng não, áp xe não và là nguyên nhân chính gây tử vong và để lại các di chứng nặng nề( Khác chấn thương sọ não kín, nguy cơ chèn ép não do máu tụ)

-Chấn thương mở càng sớm càng tốt( nhất là trong 6 giờ đầu), tránh nguy cơ nhiễm khuẩn và xử trí đúng nguyên tắc để tránh biến chứng.

II.Chẩn đoán xác định:

-Thường chẩn đoán không khó khi có dịch não tủy, chất não lộ ra ngoài. Nhưng nếu vết thương nhỏ, không chảy máu cũng phái nghĩ đến vết thương sọ não, để tránh bỏ sót trước khi khâu da đầu.

-Cần xác định: vết thương giờ thứ mấy, gọn sạch hay nham nhở, tổn thương vùng nào( trán, đỉnh, hố sau,...) và tổn thương kèm theo.

1.Lâm sàng:

1.1.Hỏi bệnh:

-Hỏi thời gian xảy ra tai nạn, hỏi bệnh nhân nếu bệnh nhân tỉnh hoặc người nhà, người chứng kiến

-Tìm nguyên nhân và cơ chế chấn thương.

-Hỏi diễn biến tri giác của bệnh nhân: từ khi tai nạn đến hiện tại.

1.2.Khám bệnh:

1.2.1.Vết thương sọ não lớn:

a.Vết thương sọ não đến sớm, chưa nhiễm khuẩn( < 6h sau tai nạn):

-Toàn thân: thường ít thay đổi, 1 số trường hợp có sock do mất máu, đa chấn thương nên toàn thân thay đổi: vật vã, kích thích hay lơ mơ, mạch nhanh nhỏ, huyết áo tụt krjt, vã mồ hôi,...

-Thực thể:

+Tại chỗ: Cạo sạch tóc cách vết thương 3cm.

* Quan sát và xác định: vị trí, kích thước vết thương, vết thương gọn sắc, dập nát hay mất da,còn chảy máu đã cầm.
* Banh vết thương và quan sát: Có đường vỡ,lún xương, dịch não tủy hoặc tổ chức não lồi ra. Nếu là dịch não tủy thì là dịch lẫn máu, chảy liên tục, không động, loang như vết dần trên gạc

+Dấu hiệu thần kinh:

* Tri giác:

Khám và theo dõi thang điểm Glassgow. Nếu Glassgow giảm ≥ 2đ là có hiện tượng chèn ép não.

Bệnh nhân thường tỉnh, nhưng nếu kèm theo máu tụ( vết thương sọ não nhỏ), dập não với sock do mất máu, đa chấn thương thì sẽ có rồi loạn tri giác.

* Dấu hiệu thần kinh khu trú:liệt ½ người,giãn đồng tử, rối loạn ngôn ngữ, tổn thương thần kinh sọ, dấu hiệu Babinski dương tính khi có tổn thương bó tháp.
* Dấu hiệu thần kinh thực vật: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ ở chỉ số bình thương, trừ trường hợp vết thương sọ não lớn kèm rối loạn tri giác.

b.Vết thương sọ não đến muộn đã bị nhiễm khuẩn:

-Toàn thân: biểu hiện nhiễm trùng- nhiễm độc: sốt rất cao, môi khô, luwoix bẩn, mặt hốc hác, xanh tái, thể trạng suy kệt.

-Thực thể:

+Tại chỗ:

* Vết thương tấy đỏ, bẩn, mùi hôi, có dịch đục, mủ chảy qua vết thương.
* Có thể có nấm não lòi ra ngoài: là 1 khối mềm, có tổ chức não hoại tử, và dị vật, lộ qua vết thương được che phủ bởi giả mạc vàng xám.

+Dấu hiệu thần kinh:

* Tri giác: khám và theo dọi dựa theo bảng điểm Glassgow, bệnh nhân tỉnh hay không phụ thuộc tổn thương lớn hay nhỏ, tình trạng nhiễm trùng- nhiễm độc sẽ gây phù não làm tri giác xấu đi.
* Dấu hiệu thần kinh khu trú: liệt ½ người hoặc rối loạn ngôn ngữ xuất hiện từ đầu do dập não hoặc xuất hiện từ từ do chèn éo não( máu tụ).
* Dấu hiệu thần kinh thực vật: nhiệt độ cao, nhịp thở, mạch, huyết áp thay đổi do tình trạng nhiễm trùng-nhiễm độc.
* Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ:

Do phù não trên bệnh nhân có nhiễm trùng(ít khi do chèn éo vì máu tụ), gồm 3 dấu hiệu kinh điển: đau đầu, nôn vọt, phù gai thị.

Nếu kèm biểu hiện nhiễm trùng, phải nghĩ đến áp xe não

* Dấu hiệu viêm màng não:

Lâm sàng: sốt cao, đau đầu, cứng gáy (+), Kernig(+), vạch màng não(+)

Xét nghiệm: chọc dò dịch não tủy: Albumin tăng, bạch cầu tnawg( NEU chủ yếu), nuôi cấy có thể thấy vi trùng gây bệnh.

* Rối loạn tâm thần, động kinh,...

1.2.2.Vết thương sọ não nhỏ:

-Đến sớm( <6h): tỉnh, cần kiểm tra kỹ vết thương tổn trong não kèm theo theo dõi như chấn thương sọ não kín

-Đến muộn: hội chứng nhiễm khuẩn+ hội chứng màng não. Nếu có khoảng tỉnh phải nghĩ ngay đến máu tụ nội sọ.

1.2.3.Khám các tổn thương khác: khám toàn diện, phát hiện các tổn thương kèm theo như chấn thương lồng ngực, chấn thương bụng, gãy chi, gãy cột sống.

2.Cận lâm sàng:

2.1.Các xét nghiệm:

-Công thức máu:

+Nếu đến sớm: hồng cầu, Hb,Hct bình thường hoặc giảm tùy mức độ( nếu có mất máu)

+Nếu đến muộn: Bạch cầu tăng( chủ yếu NEU), tốc độ máu lắng tăng( biểu hiện nhiễm khuẩn)

-Xét nghiệm dịch não tủy:

+Chỉ định: bệnh nhân đến muộn, có nghi ngờ viêm màng não, áp xe não/

+Chống chỉ định: tăng áp lực nội sọ, nhiễm trùng vùng chọc dò, rối loạn đông máu.

+Vị trí chọc dịch não tủy: khe gian đốt sông thắt lưng 4-5.

+Đánh giá: áp lực dịch não tủy tăng

Màu sắc: đục-có mủ

Hóa sinh: bạch cầu tăng( NEU tăng chủ yếu), protein tăng, Glucose giảm.

Nhuộm soi, nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

2.2.Chẩn đoán hình ảnh:

a.XQ sọ quy ước:

-Chụp 4 tư thế: thẳng, nghiêng, tiếp tuyến( phát hiện lún sọ), Worms-Bretton.

-Hình ảnh: vị trí đường vỡ xương sọ, lún sọ, khí trong sọ, dị vật cản quang( dị vật mới)

b.CT scanner sọ não

-Mục đích: đánh giá thương tổn toàn diện của hộp sọ và nhu mô não.

-Hình ảnh: vỡ lún xương, dị vật, dập não( đám tăng tỉ trọng gồm nhiều nốt hoặc dải nằm giữa những dải giảm tỷ trọng của phù nề não), phù não( mất các khe cuốn não), chảy máu màng mềm( tăng tỷ trọng ở khe dịch não tủy và bể đầy), áp xe não( hình ảnh ổ giảm tỷ trọng có đường viền tăng tỷ trọng sau khi tiêm thuốc cản quang), viêm màng não( hình ảnh viêm dày màng não).

c.MRI sọ não:

-Chỉ định: khi có biểu hiện của áp xe não.

-Hình ảnh: Giảm tín hiệu T1, tăng trên T2, hình tròn, có vỏ bắt thuốc đối quang từ, xung quanh khối này là vùng phù não rộng.

-Nhược điểm: Ít áp dụng trong cấp cứu.

=> Chẩn đoán xác định 1 vết thương sọ não khi: có vết thương da đầu, kèm theo ≥ 1 trong các dấu hiệu: tổ chức não phòi ra, dịch não tủy chảy ra, cắt lọc thấy tổ chức não hoặc dịch não tủy chảy ra, có đường vào và đường ra, có dị vật thấy trên phim chụp XQ hoặc CT scanner( làm rách màng não cứng), hoặc thương hợp vỡ nền sọ( không tổn thương da đầu) và rách màng cứng gây rò dịch não tủy.

III.Các thể lâm sàng:

1.Vết thương sọ não thể điển hình( như trên mô tả)

2.Thể tiếp tuyến

3.Thể vết thương sọ não qua xoang tĩnh mạch dọc trên:

-Vết thương trên đường đi của xoang tĩnh mạch: từ góc trán-mũi ở phía trước đến ụ chẩm ngoài ở phía sau => Xác định để có thái độ xử trí đúng khi mổ.

4.Thể vết thương sọ não qua xoang hơi( xoang trán, xoang sàng, xoang bướm)

Ví dụ xoang trán:

-Thường vết thương sọ não ở vùng trán trước, phía trong 2 cung lông manfy.

-Cần chú ý liên quan đến toàn hố mắt và những thương tổn nhãn cầu và sau nhãn cầu( vỡ nhãn cầu, tụ máu sau nhãn cầu).

5.Thể vết thương sọ não vùng hội lưu Herophile: Ở ụ chẩm ngoài, rất nặng, tỷ lệ tử vong cao.

6.Thể vết thương sọ não do hỏa khí: Vết thương chợt hay vết thương có lỗ vào và lỗ ra, có những tính chất như vết thương sọ não thời chiến.

7.Vết thương sọ não do trâu húc, ngựa đá:

-Tổn thương não trong hộp sọ rộng, không tương ứng với vết thương bên ngoài, nguy cơ tử vong cao.

-Một đặc điểm của vết thương sọ não ở nông thôn nước ta: bệnh nhân thường đến muộn( sau 3-5 ngày) có nấm não lòi ra ngoài, viêm màng não nặng.

-Điều trị: điều trị viêm màng não ổn định mới mổ, nếu mổ cần mổ triệt để: cá màng não- che bít da đầu nếu thiếu da,…

8.Vết thương sọ não vào não thất: là loại vết thương sọ não hở nặng, chảy máu não thất => Hậu quả giãn não thất.

IV.Diễn biến:

-Vết thương sọ não lớn: nếu không sơ cứu kịp thời và điều trị đúng nguyên tắc từ đầu sẽ gây viêm màng não, áp xe não, tỷ lệ tử vong cao.

-Vết thương sọ não nhỏ: nếu dò dịch não tủy lâu ngày cũng sẽ gây viêm màng não, áp xe não.

-Biến chứng có thể sảy ra:

+Cấp tính: máu tụ nội sọ.

+Lâu dài: tái phồng động mạch não, túi phồng thông động-tĩnh mạch.

V.Điều trị:

1.Nguyên tắc:

-Sơ cứu tốt.

-Mổ cấp cứu không trì hoãn khi chẩn đoán xác định với vết thương sọ não đến sớm < 6h.

-Đến muộn có nhiễm khuẩn, điều trị ổn định mới mổ.

-Chăm sóc tốt sau mổ.

2.Sơ cứu:

-Việc cần làm:

+Đảm bảo thông khí, lấy dị vật, hút đờm rãi, hô hấp hỗ trợ.

+Cạo đầu, cầm máu, rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý, băng kiểu mũ phi công nếu tổ chức não lòi ra ngoài dùng dụng cụ vô khuẩn áp lên mô não trước khi băng.

+Kháng sinh liều cao, phổ rộng, ngấm tốt qua màng não, chống uốn ván( SAT).

+Chống sock(nếu có).

+Dúng Manitol 20% Lasix chống phù não khi huyết áp ổn định.

+Vận chuyển sớm tới tuyến chuyên khoa.

-Việc không nên làm:

+Không thăm khám vết thương bằng dụng cụ.

+Không lấy tổ chức não, không cố nhét vào hộp sọ.

+Không dùng thuốc sát khuẩn, kháng sinh rắc lên vết thương.

+Không cố lấy dị vật, không băng vết thương quá chặt.

+Không dùng thuốc an thần: vì ức chế trung tâm hô hấp.

-Tổ chức vận chuyển về tuyến chuyên khoa:

+Đảm bảo bệnh nhân không còn trong tình trạng sock, nếu có các tổn thương phối hợp đe dọa tính mạng cần xử trí tại chỗ.

+Chuyền bệnh nhân phải đảm bảo thông khí tốt( Nếu Glassgow ≤ 9đ => Đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản, có hô hấp hỗ trợ)

3.Điều trị thực thụ:

3.1.Vết thương đến sớm(<6h), chưa nhiễm khuẩn:

a.Nguyên tắc: Mổ cấp cứu càng sớm càng tốt.

b.Kỹ thuật:

-Gây mê hoặc gây tê tủy sống.

-Da đầu: rạch hình chữ S, cắt tọc tiết kiệm.

-Xương sọ: gặm rộng xương tới màng não lành, cầm máu xương bằng sáp ong.

-Màng não: cắt lọc tiết kiệm.

-Não:

+ Hút, bơm rửa tổ chức não dập, lấy hết máu cục, dị vật trong não, nếu dị vật kim loại nhỏ, khó tìm thì không cố lấy bỏ.

+ Cầm máu: ở vỏ não kĩ bằng dao điện hoặc clipe bạc, ở vết thương xoang tĩnh mạch: đập nát cơ thái dương nhét vào.

-Màng cứng:

+ Đóng kín nếu điều kiện cho phép, trường hợp màng cứng rách nát cần vá bằng cân cơ thái dương.

+Các trường hợp khác phải khâu treo màng cứng.

-Đặt dẫn lưu từ đáy vết thương ra ngoài( thường rút sau 24-48h).

-Đóng kín da đầu:

+Nếu để hở đáy màng cứng: nhất thiết đóng 2 lớp( cân cơ Galea và da đầu bằng chỉ không tiêu)

+Nếu thiếu da phải huyển vạt, che phủ tổ chức.

c.Sau mổ:

-Theo dõi sau mổ: tri giác theo bảng điểm Glassgow, các trường hợp thần kinh khu trú, dấu hiệu thần kinh thực vật, dẫn lưu, vết mổ.

-Điều trị chống phù não:

+ Đảm bảo thông khí, đầu cao 15-30º và thẳng.

+ Hạn chế tình trạng kích thích:

* Buộc chân tay từng bên, cách 3h thay bên đối diện nhằm tránh loét.
* Thuốc an thần: Phenobarbital liều 1-1,5mg/kg trọng lượng hoặc đông máu
* Nếu có suy hô hấp nên cho thở máy kết hợp:

+ Ổn định huyết động: truyền máu và hoặc dịch thay thể, từ 1000-1500ml/ ngày.

+ Đảm bảo thăng bằng kiềm toan: bù nước- điện giải, theo dõi dựa vào kết quả xét nghiệm.

+Các thuốc chống phù não: Dùng trong 48 giờ đầu:Manitol, liều 1-1,5g/kg/24h hoặc các thuốc lợi tiểu( Lasix,…)

-Kháng sinh: dùng kháng sinh phối hợp, ngấm tốt qua màng não( Metronidazole+…)

-Nuôi ăn: qua sonde dạ dày.

-Chăm sóc, đề phòng biến chứng do nằm lâu: loét, nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn hô hấp,…

-Phục hồi chức năng sau mổ: vận động, ngôn ngữ, chức năng khác,…

3.2.Vết thương sọ não đến muộn:

a.Nguyên tắc: Hồi sức, điều trị nội đến khu tình trạng bệnh nhân ổn định thì mổ( mổ cấp cứu trì hoãn)

b.Xử trí:

-Hồi sức, điều trị nhiễm khuẩn đến khi bệnh nhân ổn định:

+ Đảm bảo thông khí, huyết động, thăng bằng kiềm toan.

+ Chống phù não: lợi tiểu, Manitol 20%.

+ Kháng sinh, SAT( kháng sinh ngấm tốt qua hàng rào máu não, phổ rộng, kết hợp)

-Sau đó phẫu thuật như vết thương sọ não đến sớm, nhưng: không khâu kín màng não, nếu ổ áp xe não thì bóc tách ổ áp xe và dẫn lưu mủ.

3.3.Xử lý các tổn thương khác:

-Khâu da đầu.

-Vết thương sọ:

+ Chỉ định và xử trí như vết thương sọ não đến sớm.

+ Chỉ can thiệp hết phần xương sọ, kể cả dị vật,mà không can thiệp tới não.

+ Nếu mất xương rộng( đường kính > 2cm): khâu treo màng cứng vào cân sọ, có thể tạo hình khuyết 1 thì hay can thiệp về sau.

-Vết thương xoang tĩnh mạch dọc trên: Thắt xoang bằng cách đập nát 1 miếng cơ thái dương nhét vào, không thắt ở hội lưu Herophile( chỉ được thắt ở V3 trước)

-Vết thương xoang hơi trán:

+Dễ gây máu tụ não.

+ Xử trí: làm sạch xoang bằng cách lấy bỏ hoặc đốt điện n/mxoang dập nát, cầm máu bằng sáp ong.

Có thể lấp đầy xoang bằng cơ, vá màng cứng, rời khâu vết thương.

-Vết thương làm vỡ nền sọ:

+Thường tự liền, điều trị bằng kháng sinh, không cần phẫu thuật.

+ Phẫu thuật khi:

* Rò dịch não tủy kéo dài, liên tục > 1 tuần, điều trị tích cực không đỡ thì cần mổ vá màng nanox.
* Trường hợp chảy máu nhiều, rối loạn huyết động,cần HSH, rồi mổ thắt động mạch cảnh ngoài 2 bên.

-Vết thương qua hố mắt: nếu nhãn cầu hỏng thì khoét bỏ.

-Vết thương sọ não vào não thất:

+ Thường gây chảy máu não thất, điều trị mổ vén vào não thất để cầm máu thành não thất.

+ Nên dẫn lưu não thất ra ngoài để tránh giãn não thất gây tăng áp lực nội sọ và tránh tắc não thất do máu cục, luồn dưới da, xa vết mổ tránh nhiễm khuẩn, để trên lỗ tai ngoài 12-14cm, rút sớm nhất để có thể để tránh nhiễm khuẩn.

+Có thể kết hợp nội soi bơm rửa và lấy máu cục trong não thất.

+ Kháng sinh liều cao, phổ rộng, ngấm tốt qua hàng rào máu não.

-Vết thương do hỏa khí: xử trí đường vào, tránh nhiễm khuẩn, xử trí tùy trường hợp.

VI.Các biến chứng của vết thương sọ não: Ngày nay ít gặp do những phát triển của y học.

1.Phù não: thường ở bệnh nhân dập não nhiều:

-Lâm sàng: tri giác xấu dần đi, hội chứng tăng áp lực nội sọ